

Informe de Priorización de Preguntas

Guía de Práctica Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico En Personas De 15 Años Y Más 2018

La División de Prevención y Control de Enfermedades en conjunto con la División de Planificación Sanitaria, periódicamente elaboran y actualizan Guías de Práctica Clínica (GPC), lo cual implica definir las potenciales preguntas clínicas en formato específico, para luego priorizarlas¹.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

En una reunión presencial el Equipo Coordinador del Ministerio de Salud², después de instruir en la metodología Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) para la elaboración de GPC, incentivó a los Panelistas³ a formular preguntas de decisión clínicas centradas en los efectos de intervenciones a comparar.

La formulación de las preguntas asociadas a la temática de la GPC, se contextualizan en el escenario de la práctica clínica en Chile, considerando tanto el sistema de salud público como privado. En esta etapa se definieron los siguientes componentes de la pregunta: población, la intervención de interés, la intervención de comparación⁴.

1

Tabla n°1: Estructura “Población, Intervención, Comparación” (PIC) para pregunta clínicas.

P	Población	Población a la cual está dirigida la intervención. Se requiere precisar lo más detalladamente posible: edad, etapa de la enfermedad, factores de riesgo, etc.
I	Intervención	Intervención que se quiere evaluar, suele ser una intervención innovadora o reciente.
C	Comparación	Intervención comparadora, por lo general es la intervención que se realiza habitualmente. La comparación debe ser una intervención que sea válida tanto en términos éticos como en términos de factibilidad.

Tras el debate entre los Panelistas y asesorías del Equipo Coordinador se formularon 25 preguntas clínicas (ver Tabla n°2).

¹ Ministerio de Salud de Chile. [Manual Metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#). Gobierno de Chile. Santiago; 2014.

² Equipo del Ministerio de Salud, constituido por profesionales de División de Prevención y Control de Enfermedades y División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, cumpliendo funciones de coordinador temático y coordinador metodológico respectivamente.

³ Expertos clínicos, referentes del MINSAL y de FONASA convocados especialmente para la elaboración de la GPC.

⁴ Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2018 Jun 12];64(4):395–400.

PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Luego de formuladas las preguntas, y a través de un cuestionario online, se solicitó a los panelistas que valorarán cada una, asignando un puntaje entre 1 y 7, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. Los criterios usados para valorar las preguntas fueron:

- a. ¿Es una pregunta que el equipo clínico se hace con frecuencia en la práctica clínica?
- b. ¿Existe nueva evidencia con respecto a la pregunta clínica?
- c. ¿Existe variabilidad clínica significativa en la práctica relacionada con la pregunta clínica?
- d. ¿La intervención genera impacto importante en el uso de recursos, ya sea en ahorro o gastos?
- e. ¿Es una pregunta clínica nueva que no ha sido abordada en la guía anterior?

Luego se les solicitó que hicieran una evaluación general considerando los criterios anteriores, utilizando la misma escala:

- **Considerando lo anterior ¿Qué importancia le asigna a esta pregunta clínica?**

Una vez evaluadas las preguntas formuladas por los panelistas, se calculó la mediana de la importancia asignada a la pregunta clínica y se ordenaron de manera descendente.

Tabla n°2: Preguntas clínicas formuladas y Mediana de la importancia asignada a la pregunta clínica asignada por el panel.

Preguntas clínicas formuladas 2018	Mediana ¹ de la importancia asignada a la pregunta clínica (n=xx)
1. En personas mayores de 15 años con déficit neurológicos de inicio brusco, ¿Se debe realizar “escala estandarizada (Cincinnati)” en comparación a realizar “evaluación clínica no estandarizada”? ²	5
2. En personas mayores de 15 años con sospecha de accidente cerebrovascular (ACV), ¿Se debe realizar “Tomografía Computada (TC) MÁS Angio TC de cuello y cerebro”, ¿en comparación a realizar “TC sin contraste”?	6
3. En personas accidente cerebrovascular (ACV) isquémico leve (minor stroke), ¿Se debe realizar “resonancia magnética nuclear (RNM) MÁS tomografía axial computarizada (TAC)” en comparación a realizar sólo “TAC”?	4
4. En personas con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico con confirmación radiológica con oclusión de gran vaso intracraneal, ¿Se debe realizar “trombólisis intravenosa + trombectomía mecánica intraarterial” en comparación a realizar “trombólisis intravenosa”?	7
5. En personas con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, ¿Se debe realizar “trombólisis asistida neurólogo a través de telemedicina” en comparación a no realizar trombólisis asistida neurólogo a través de telemedicina?	7
6. En personas con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, ¿Se debe realizar “trombólisis indicada por neurólogo” en comparación a realizar “trombólisis indicada por médico no neurólogo entrenado”? ²	5
7. En personas con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, ¿Se debe usar antiagregantes en las primeras 48 horas en comparación a no usar?	3
8. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico leve (minor stroke) ¿Se debe usar “doble antiagregación plaquetaria desde las primeras 24 horas por tres a doce semanas” en comparación a usar “mono antiagregación plaquetaria”? ²	5
9. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en prevención secundaria normotenso (130/80) ¿Se debe usar “terapia antihipertensiva” en comparación a “no usar”? ²	5
10. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico con fibrilación auricular ¿Se debe usar “anticoagulantes directos” en comparación a usar “antagonistas vitamina K”?	6
11. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿Se debe usar “estatina en dosis alta” en comparación a usar “estatina por target de LDL”? ²	5
12. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿Se debe usar “tratamiento hipolipemiante con target de LDL <70 mg/dl” en comparación a “no usar”?	4
13. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿se debe realizar “terapia motora antes de las 24 horas del evento” en comparación a realizar “terapia motora después de las 24 horas del evento”?	6
14. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿Se debe realizar “movilización pasiva precoz (antes de 24 horas)” en comparación a “no realizar”? ²	5

15. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿Se debe realizar “movilización activa precoz (antes de 24 horas)” en comparación a “no realizar”? ²	5
16. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿Se debe realizar “prueba del vaso de agua” en comparación a realizar “otra prueba estandarizada de tamizaje (deglución)”? ²	5
17. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿Se debe realizar “alta carga de sesiones de rehabilitación (1 sesión diaria de cada profesional de rehabilitación que se requiera)” en comparación a realizar “baja carga de sesiones de rehabilitación”?	6
18. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico post alta ¿Se debe realizar “rehabilitación por menos 6 meses” en comparación a realizar “rehabilitación por más 6 meses”?	4
19. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿Se debe realizar “prevención de TVP con técnica mecánicas” en comparación a “No realizar”? ²	5
20. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿Se debe realizar “prevención de Trombosis Venosa Profunda (TVP) con terapia farmacológica” en comparación a “no realizar”? ²	5
21. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿Se debe usar “terapia antidepressiva” en comparación a “no usar”? ²	5
22. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en prevención secundaria (que no requieren anti coagulación) ¿Se debe usar “antiagregantes plaquetarios no aspirina” en comparación a “usar aspirina”?	4
23. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico con espasticidad ¿Se debe usar “toxina botulínica” en comparación a “no usar”?	4
24. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico aguda ¿Se debe usar “órtesis de palmeta de reposo o dorsaleta” en comparación a “no usar”?	4
25. En personas mayores de 15 años con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico aguda ¿Se debe realizar “cierre del foramen oval permeable MÁS tratamiento antitrombótico” en comparación a realizar “sólo tratamiento antitrombótico”? ²	5

¹ Escala de entre 1 y 7, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”

² En caso que fuera necesario desempatar preguntas con el mismo puntaje a la pregunta “¿Qué importancia le asigna a esta pregunta clínica?”, se consideraron los puntajes asignados por criterio. En caso que persistiera el empate preguntas con puntajes iguales, tanto en los criterios como en la pregunta general, fue el Coordinador Clínico de la Guía, profesional clínico elegido por el panel para representarlo, quién definió las preguntas a priorizar.

PREGUNTAS PRIORIZADAS

Para la versión 2018 de la GPC, se priorizaron 8 preguntas clínicas.

1. En personas mayores de 15 años con sospecha de accidente cerebrovascular (ACV), ¿Se debe realizar “Tomografía Computada (TC) MÁS Angio TC de cuello y cerebro”, ¿en comparación a realizar “TC sin contraste”?
2. En personas con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico con confirmación radiológica con oclusión de gran vaso intracraneal, ¿Se debe realizar “trombólisis intravenosa + trombectomía mecánica intraarterial” en comparación a realizar “trombólisis intravenosa”?
3. En personas con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, ¿Se debe realizar “trombólisis asistida neurólogo a través de telemedicina” en comparación a no realizar trombólisis asistida neurólogo a través de telemedicina?
4. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico con fibrilación auricular ¿Se debe usar “anticoagulantes directos” en comparación a usar “antagonistas vitamina K”?
5. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿se debe realizar “terapia motora antes de las 24 horas del evento” en comparación a realizar “terapia motora después de las 24 horas del evento”?
6. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿Se debe realizar “prueba del vaso de agua” en comparación a realizar “otra prueba estandarizada de tamizaje (deglución)”?
7. En personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico ¿Se debe realizar “alta carga de sesiones de rehabilitación (1 sesión diaria de cada profesional de rehabilitación que se requiera)” en comparación a realizar “baja carga de sesiones de rehabilitación”?
8. En personas mayores de 15 años con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico aguda ¿Se debe realizar “cierre del foramen oval permeable MÁS tratamiento antitrombótico” en comparación a realizar “sólo tratamiento antitrombótico”?

Las restantes preguntas formuladas por el panel y que no fueron priorizadas para esta actualización, quedarán pendientes para ser consideradas en futuras actualizaciones de la Guía.

MIEMBROS DEL EQUIPO ELABORADOR QUE PARTICIPARON DE LA PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Nombre	Profesión	Instituciones
Sebastián Vergara Ruiz	Terapeuta ocupacional	Departamento de Rehabilitación y Discapacidad, DIPRECE, MINSAL
Marcela Cortes Sauzo	Asistente Social	DIGERA, MINSAL
Fernando Molt Cancino	Neurólogo	Hospital San Pablo de Coquimbo
Andrea Pizarro Virreira	Kinesióloga	Hospital Padre Hurtado, Colegio de Kinesiólogos de Chile
Karla Bahamonde Dettoni	Fonoaudióloga	Hospital Padre Hurtado
Francisco Castilla Pérez	Neurólogo	Hospital Carlos Van Buren
Ignacio Gutiérrez Corvalán	Neurólogo	Hospital El Carmen Maipú
Mauricio Bizama Fuentealba	Enfermero	DIGERA, MINSAL
Eloy Mansilla Lucero	Médico	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Pablo Lavados	Neurólogo	Clínica Alemana, Universidad de Chile
Irving Santos Carquin	Neurólogo	Departamento de Enfermedades No Transmisibles, DIPRECE MINSAL
Walter Feuerhake Molina	Neurólogo	Universidad de Chile
Pablo Cubillos Riveros	Médico	DIVAP, MINSAL
Ivonne Espinoza Poza	Enfermera	FONASA
Cristian Amudio Leiva	Médico	Instituto de Neurocirugía Dr Asenjo